

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

<b>Rehabilitationseinrichtung:</b>	<b>August-Bier-Klinik</b>
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260100706
<b>Anschrift:</b>	Diekseepromenade 7-11 23714 Bad Malente-Gremsmühlen
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0045 RH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	proCum Cert GmbH, Frankfurt am Main
<b>Gültig vom:</b>	10.06.2015
<b>bis:</b>	09.06.2018

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b> .....	<b>7</b>
1      Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung .....	8
2      Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung .....	14
3      Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung .....	18
4      Informationswesen .....	22
5      Führung der Rehabilitationseinrichtung .....	25
6      Qualitätsmanagement .....	29

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Rehabilitationseinrichtungen, Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ<sup>®</sup> somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Rehabilitandenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung der Rehabilitationseinrichtung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Rehabilitationseinrichtung zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Experten aus Rehabilitationseinrichtungen besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Rehabilitationseinrichtung – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Rehabilitationseinrichtung das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Einrichtung in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung, die Strukturdaten sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 1.1.

Wir freuen uns, dass die **August-Bier-Klinik** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Rehabilitanden und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Die AUGUST-BIER-KLINIK liegt in mitten des Naturparks "Holsteinische Schweiz" in dem Kneipp-Heilbad und Heilklimatischen Kurort Bad Malente-Gremsmühlen direkt am Dieksee. Die Klinik kann auf über fünfzig erfolgreiche Jahre zurückblicken und sich somit zu den ältesten Einrichtungen dieser Art zählen. Mit den 85 Betten erfüllt die AUGUST-BIER-KLINIK räumlich, apparativ und personell alle diagnostischen und therapeutischen Ansprüche einer modernen neurologischen Klinik.

Seit dem 01.01.2005 ist das Leistungsspektrum hinsichtlich neurologischer Rehabilitationsbehandlungen der Phasen B, C und D erweitert worden, so dass alle Möglichkeiten der neurologischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung unter einem Dach angeboten werden. Dieses moderne Gesamtkonzept erfuhr im Jahre 2006 eine Ergänzung für die Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in Form von ambulanten Behandlungszulassungen sowie im Jahre 2007 in Form eines



Aphasiezentrums. Das Landes-Aphasie-Zentrum Schleswig-Holstein ist ein Beratungs-, Begegnungs- und Fortbildungszentrum für Menschen mit Aphasie und deren Angehörige sowie die Initiierungs- und Koordinierungsstelle für Selbsthilfegruppen für das gesamte Bundesland.

Ergänzt wird das Leistungsangebot der Klinik durch eine Beratung über rechtliche Grundlagen der Fahreignung und eine neuropsychologische Untersuchung bezüglich der Aufmerksamkeitsleistung, um so die Fahrtüchtigkeit von Menschen mit neurologischen Störungsbildern zu prüfen.

Der Wandel zu einer diagnostisch wie therapeutisch modernen und den Leitlinien der Fachgesellschaften entsprechend komplett aufgestellten neurologischen Fachklinik hat den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch den Führungsgremien der Rehabilitationseinrichtung während der letzten Jahre sehr viel Innovationsmut und Engagement abverlangt. Der Rehabilitationsbereich der AUGUST-BIER-KLINIK versteht sich als regionales akut-neurologisches Kompetenzzentrum für die Bevölkerung der unmittelbaren Umgebung und hält ein über die Grenzen der Region hinaus bekanntes hochwertiges und nachgefragtes neurologisches Rehabilitationsangebot für alle Rehabilitationsphasen bereit.



Die AUGUST-BIER-KLINIK behandelt Rehabilitanden in der akut-neurologischen sowie neurologischen Rehabilitationsphase. Das Behandlungsspektrum umfasst Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson, Restless legs Syndrom, Demenz, Bandscheibenvorfall, Kopfschmerzen, Schwindel, Epilepsie, Kopfverletzungen und Polyneuropathie.

Ein besonderes Charakteristikum des Hauses stellt die überdurchschnittliche und außergewöhnliche Identifikation aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den Zielen der gemeinsamen Aufgabe für neurologische Rehabilitanden und der Einrichtung als Institution dar. Eine individuell auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden abgestimmte, hochqualifizierte und in freundlicher Atmosphäre stattfindende pflegerische, therapeutische und medizinische Versorgung der Rehabilitanden steht im Mittelpunkt. Das übergeordnete Motto unserer Fachklinik „HELFEN. HEILEN. REGERNERIEREN.“ garantiert in Verbindung mit dem Leitbild des Hauses und der gelebten modernen und mitarbeiterzentrierten Führungskultur den über Jahrzehnte anhaltenden und hoffentlich auch zukünftigen Erfolg der Klinik und der Rehabilitationseinrichtung.



Als wesentlicher Baustein einer erfolgreichen Qualitätsoffensive wurde bereits 2001 in einem Qualitätszirkel unter intensiver Mitwirkung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Leitbild für die Klinik entwickelt. Seit 2007 ist ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt und als Klinikphilosophie und für die Zukunft wegweisend beschlossen worden. Ein erster Erfolg stellt das im August 2008 nach zweitägiger Klinikbegutachtung durch eine Kommission der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein für drei Jahre verliehene Qualitätssiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ dar. In 2010 sowie 2012 folgte die Erreichung des KTQ - Zertifikates für die gesamte Klinik und in 2015 für den Bereich der Rehabilitation. Qualitätsmanagement ist für eine moderne, erfolgreiche und zukunftsorientierte neurologische Einrichtung als kontinuierlicher Prozess aufzufassen. Dieser erreicht nur dann sein Ziel, wenn alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Ziele in ihrem jeweiligen Tätigkeitsbereich nachvollziehen und aktiv vertreten. Die nächste Herausforderung auf diesem Gebiet ist schon avisiert.

So positioniert sich die AUGUST-BIER-KLINIK als hochspezialisiertes Kompetenzzentrum, das sich den Patienten regional und überregional verpflichtet sieht und mit dem Erwerb des Nachbargrundstückes die Räumlichkeiten der Klinik zu Gunsten des Patientenkomforts erweitern wird.

# Die KTQ-Kriterien

## **1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung**

### **1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme**

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt rehabilitandenorientiert.

#### **1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung/Therapie sind rehabilitandenorientiert**

Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Vor der stationären Behandlung besteht die Möglichkeit für unsere Rehabilitanden, Angehörige und zuweisenden Ärzte/Kliniken sich telefonisch und via Internet ([www.august-bier-klinik.de](http://www.august-bier-klinik.de)) über die Klinik detailliert zu informieren. Daneben existieren schriftliche Informationen in Form von Broschüren und Flyern. Nach erfolgter Anmeldung und Kostenzusage durch den jeweiligen Kostenträger, nehmen die Mitarbeiter des Aufnahmemanagements Kontakt zur individuellen Terminabsprache auf.

#### **1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung**

Innerhalb der Rehabilitationseinrichtung ist die Orientierung für Rehabilitanden und Besucher sichergestellt.

Im Foyer befindet sich die "Aufnahme und Information". Die Mitarbeiter der Aufnahme helfen den Rehabilitanden und Gästen mit Informationen gerne weiter oder rufen einen entsprechenden Mitarbeiter der Klinik an, um nötige Hilfestellungen anbieten zu können. Rollstühle und Gepäckhilfen befinden sich in der Nähe des Eingangs. Das Wegeleitsystem der Klinik gliedert sich in ein schriftlich beschil-dertes Leitsystem hinsichtlich des Auffindens von Örtlichkeiten und Mitarbeitern der Funktionsbereiche, um den Weg zu den Therapien, Stationen und dem Labor zu weisen.

#### **1.1.3 Rehabilitandenorientierung während der Aufnahme**

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der medizinischen und nicht-medizinischen Bedürfnisse von Rehabilitanden nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Die administrative Aufnahme erfolgt, soweit es der Zustand des Rehabilitanden erlaubt, in der "Aufnahme" im Zeitfenster von 07.30 - 18.00 Uhr. Falls dies nicht der Fall sein sollte, wird der Rehabilitand direkt auf der Station aufgenommen. Dort wird jeder Rehabilitand von qualifiziertem Fachpersonal betreut und über den Stationsablauf informiert. Die Rehabilitandenaufnahme als ganzer Prozess inklusive Facharztsupervision ist innerhalb von 24h Stunden abgeschlossen.

#### **1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung**

Die ambulante Rehabilitandenversorgung verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

Eine ambulante Rehabilitandenversorgung wird nicht vorgehalten.



## **1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung/Therapie**

Eine umfassende Befunderhebung jedes Rehabilitanden ermöglicht eine rehabilitandenorientierte Behandlungs-/Therapieplanung.

### **1.2.1 Ersteinschätzung**

Für jeden Rehabilitanden wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung/Therapie darstellt.

Für die Einschätzung des Rehabilitandenstatus bei der Aufnahme werden international gültige Skalierungen eingesetzt. In der Anamnese werden Bedürfnisse, Gewohnheiten und Lebensumstände des Rehabilitanden erfasst und Angehörige bei Bedarf mit einbezogen. Mitarbeiter der (neuro-) psychologischen Abteilung, der Krankenhausesseelsorge oder des Sozialdienstes werden bei Bedarf hinzugezogen. Der Sozialdienst und das Entlassungsmanagement organisieren zeitnah den notwendigen Unterstützungs-/Betreuungsbedarf der Rehabilitanden nach der Entlassung.

### **1.2.2 Nutzung von Vorbefunden**

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Der Abgleich der Vorbefunde mit den aktuellen Untersuchungsergebnissen ermöglicht eine individuelle und realistische Einschätzung der Rehabilitationspotentiale. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen von Rehabilitanden wird auf alle in unserer Klinik vorhandenen Vorbefunde zurückgegriffen. Das Krankenhausinformationssystem, das Archiv und das DMS stehen den an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung. Externe Vorbefunde, z.B. von Hausärzten oder einweisenden Kliniken, werden bei Bedarf gesondert angefordert.

### **1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses**

Für jeden Rehabilitanden wird der umfassende Rehabilitationsprozess unter Benennung der Behandlungs-/Therapieziele festgelegt.

Für jeden Rehabilitanden legt der Stationsarzt die erforderliche Diagnostik und den individuellen Behandlungsplan in Abstimmung mit seinem Oberarzt/dem Chefarzt fest. Bei den meisten Rehabilitanden erfolgt die Behandlung anhand von "Behandlungsmodulen", die auf der Basis der Behandlungsvorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erstellt wurden. Sie wird in den Visiten und interdisziplinären Teamsitzungen stetig evaluiert und aktualisiert. Die Planung der Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt unter Berücksichtigung der Ressourcen der Rehabilitanden. Die Therapiezielerreichung wird im Gespräch mit dem Patienten, in den interdisziplinären Teamsitzungen und in individuellen Auswertungen mittels Skalen ermittelt.

### **1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung**

Die Festlegung des Behandlungs-/Therapieablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Rehabilitanden.

Mit jedem Rehabilitanden legt der Stationsarzt einen individuellen Behandlungsplan in Abstimmung mit seinem Oberarzt/dem Chefarzt fest. Die Therapieeinheiten werden individuell von den Therapeuten mit den Rehabilitanden besprochen und durchgeführt. Eine Überprüfung der Ziele erfolgt in den gemeinsamen interdisziplinären Teambesprechungen und mit dem Rehabilitanden. Zudem wird der Zielerreichungsgrad mittels systematischer Auswertungen und Skalen erfasst.

### 1.3 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Behandlung und Pflege jedes Rehabilitanden erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungs-/Therapieergebnisse zu erzielen.

#### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Rehabilitation jedes Rehabilitanden wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Die Behandlung und Pflege der Rehabilitanden mit anerkannten Diagnostika, Behandlungsmethoden und Behandlungsmodulen erfolgt zeitgerecht und auf der Basis von Richt- und Leitlinien der Fachgesellschaften. Qualifiziertes ärztliches, pflegerisches und weiteres therapeutisches Fachpersonal stellen eine umfassende Behandlung und Pflege sicher. Der Facharztstandard ist rund um die Uhr gewährleistet. Eine adäquate Schmerztherapie wird durch ein geregeltes Verfahren gewährleistet. Zur Komplikationsvorbeugung existieren viele Standards.

#### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Rehabilitandenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

In der Klinik werden die Rehabilitanden gemäß den aktuell gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften (DGN-Leitlinien, Leitlinien der Gesellschaft für Neurorehabilitation, AWMF-Leitlinien) behandelt. Ein integratives Einrichtungskonzept stellt die Grundlage der Rehabilitation dar. Zudem liegen Hygienerichtlinien sowie Standards vor und sind allen Mitarbeitern zugänglich. Der Pflegedienst orientiert sich an den nationalen Expertenstandards.. Dabei fließen ständig neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus Fortbildungen und Schulungen mit ein.

Die Einweisung in die Leitlinien und Standards ist Bestandteil der Einarbeitungsleitfäden für neue Mitarbeiter.

#### 1.3.3 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes

Der Rehabilitand wird in alle durchzuführenden Behandlungs-/Therapieschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist rehabilitandenorientiert gestaltet.

Die Rehabilitanden werden in einem persönlichen Gespräch ausführlich aufgeklärt, bei Bedarf auch die Angehörigen. Der Diagnostik- und Behandlungsprozess, wird ausgehend von den Bedürfnissen der Rehabilitanden, strukturiert und stetig aktualisiert. Es existiert ein umfassendes Angebot an Beratungen/Schulungen, Info-Veranstaltungen sowie Selbsthilfegruppen. Die Weckzeiten für die Rehabilitanden und die Besuchsmöglichkeiten sind rehabilitandenorientiert gestaltet. Ein Besucherkiosk und eine Bibliotheksbereich sind eingerichtet.

### **1.3.4 Rehabilitandeorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung**

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Rehabilitanden berücksichtigt.

Die Speisenzubereitung erfolgt innerhalb der hauseigenen Küche. Die ABK bietet den Rehabilitanden eine individuelle Menü-Erfassung mit einer Menü-Komponentenauswahl sowie eine Ernährungsberatung an. Die Bedürfnisse und Wünsche des Rehabilitanden werden erfasst; kulturelle und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt. Ein von der Küche wöchentlich erstellter Speiseplan ist vorhanden, ebenso ein Kostformkatalog. Eine regelmäßig von der Küchenleitung durchgeführte Rehabilitandenbefragung und Mitarbeiterbefragung gewährleistet eine hohe Qualität des Essens.

### **1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes**

Die Durchführung der Therapie/Behandlung erfolgt koordiniert.

Die aus der Aufnahmeuntersuchung resultierenden Verordnungen/Therapien werden mit den Funktions-/Therapiebereichen koordiniert. Diagnostische Untersuchungen mit hoher Dringlichkeit werden telefonisch angefordert. Die Untersuchungsbefunde werden je nach Dringlichkeit telefonisch zurückgemeldet, zum Teil dem Rehabilitanden direkt mitgegeben oder der Station zugeleitet. Die Begleitung der Rehabilitanden zu den Untersuchungen und Therapien erfolgt bei Bedarf durch das Pflegepersonal, die Therapeuten, das medizinische Fachpersonal und die Hilfskräfte.

### **1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe**

Die Durchführung der Behandlung chirurgischer Eingriffe erfolgt koordiniert.

Der Rehabilitationsbereich hält keinen OP-Bereich vor. Bei Bedarf findet eine Verlegung in eine für den jeweiligen Fachbereich geeignete Klinik statt oder es findet eine konsiliarische Vorstellung statt. Hierdurch ist eine professionelle und sichere Behandlung der Rehabilitanden garantiert.

### **1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung**

Die Behandlung/Therapie des Rehabilitanden erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung.

Es finden regelmäßig interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Besprechungen statt. Fallbesprechungen finden berufsgruppenübergreifend in den Teambesprechungen statt. Ein koordiniertes Konsiliarwesen ist durch einheitliche, standardisierte Konsiliaranforderungen etabliert. Werden Konsile aus Fachrichtungen benötigt, die nicht im Haus vertreten sind, können niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Kliniken angefordert werden. Bei Bedarf werden z.B. der Sozialdienst, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Neuropsychologen und Logopäden zur Visite oder zu Besprechungen hinzugezogen.

### **1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite**

Die Visitierung des Rehabilitanden erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung.

Auf allen Stationen findet wochentags täglich eine Visite durch den Stationsarzt statt, eine Chef- bzw. eine Oberarztvisite erfolgt einmal wöchentlich. Die Visiten werden vom Pflegedienst und bei Bedarf auch von anderen Therapeuten begleitet, um einen hohen Kenntnisstand der beteiligten Berufsgrup-

pen und eine gute Information der Rehabilitanden zu gewährleisten. Fachärztliche Verlaufsuntersuchungen werden bei Bedarf jederzeit durchgeführt.

Im Pflegebereich findet zudem wöchentlich eine separate Pflegevisite durch die Pflegedienstleitung statt.

### **1.3.9 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/Leistungsbeurteilung/berufliche Situation**

Die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitanden verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

In den Teamsitzungen und Visiten findet eine interdisziplinäre Einschätzung der Rehabilitandensituation statt. Erforderliche Maßnahmen werden durch den Sozialdienst mit dem Rehabilitanden gemeinsam bearbeitet.

### **1.3.10 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/häusliche Situation**

Die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitanden im Hinblick auf die Teilhabe an Familie und Gesellschaft verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

Die individuellen Gegebenheiten des häuslichen Umfeldes werden im Aufnahmegespräch und in Gesprächen mit den Angehörigen schriftlich erfasst. Des Weiteren werden in der Pflegevisite alle Aspekte eines möglichst selbständigen Lebens im häuslichen Umfeld berücksichtigt. Die gewonnenen Informationen stehen in den Teambesprechungen als Basis für die Entlassung zur Verfügung.

## **1.4 Übergang des Rehabilitanden in andere Versorgungsbereiche**

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Rehabilitanden in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Rehabilitanden.

### **1.4.1 Entlassung und Verlegung**

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Rehabilitanden und ggf. seiner Angehörigen.

Die Verfahrensrichtlinie "Patientenentlassung" (inkl. Rehabilitandenentlassung) regelt eine strukturierte und frühzeitige Entlassungsplanung der Rehabilitanden. Im Rahmen der Visite werden die geplante Entlassung/ Verlegung sowie das weitere Vorgehen und therapeutische Empfehlungen rechtzeitig mit dem Rehabilitanden besprochen. Abschlussgespräche zur Entlassung werden von den Ärzten, der Pflege und den Therapeuten geführt. Die frühzeitige Einbindung des Sozialdienstes und des Entlassungsmanagement gewährleisten eine geregelte Entlassung. Für die Information der Rehabilitanden sind Flyer und Broschüren vorhanden.

### **1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Rehabilitanden in einen anderen Versorgungsbereich**

Die Rehabilitationseinrichtung sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Rehabilitanden.

Benötigte Unterlagen zur Entlassung werden per Checkliste vorbereitet. Ein endgültiger Entlassbrief, mindestens ein vorläufiger Entlassungsbericht sowie wichtige Befunde in Kopie werden dem Rehabilitanden mitgegeben. Relevante Informationen werden vom Sozialdienst oder anderer Therapeuten für die Weiterversorgung bereitgestellt, ebenso ein Überleitungsbogen durch den Pflegedienst, der über notwendige Pflegemaßnahmen informiert. Informationen über weitere Termine und Behandlungen erfolgen im ärztlichen Entlassungsgespräch.

### **1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung**

Von der Rehabilitationseinrichtung wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Rehabilitanden durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Die kontinuierliche Weiterbehandlung wird vom Sozialdienst im Rahmen des Entlassungsmanagements sichergestellt. Der Sozialdienst unterhält enge Kontakte zu den weiter betreuenden Einrichtungen im Rahmen der Beratung und Unterstützung der Rehabilitanden. Die Einrichtungsleitungen kommen mehrmals jährlich zum Austausch in die Klinik und suchen den Sozialdienst auf. Darüber hinaus pflegen das Ärzteteam und die niedergelassenen Kollegen bzw. die Kollegen anderer stationärer Einrichtungen einen engen telefonischen Kontakt, sobald sich Fragestellungen hinsichtlich der weiteren Rehabilitandenbehandlungen ergeben.

## **2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung**

### **2.1 Personalplanung**

Die Leitung der Rehabilitationseinrichtung sorgt durch eine entsprechende Personalplanung für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

#### **2.1.1 Bereitstellung qualifizierten Personals**

Die Leitung der Rehabilitationseinrichtung sorgt für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern.

Der Stellenplan, über den die Planung des Personalbedarfs auf der Basis anerkannter Anhaltzahlen erfolgt, wird jährlich aktualisiert. Die Planung erfolgt durch die Klinikleitung gemeinsam mit den Abteilungsleitern. Als Berechnungsgrundlage werden die Anhaltzahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation verwendet. Der Bedarf wird regelmäßig überprüft und fortgeschrieben. Die Personalstelle erstellt monatlich Statistiken für alle einzelnen Abteilungen z.B. zu Planstellen zum Ende des Monats und eine Personalausfallstatistik.

### **2.2 Personalentwicklung**

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

#### **2.2.1 Systematische Personalentwicklung**

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Leitungen haben im Rahmen einer Führungswerkstatt und Workshops u. a. eine einheitliche Führungskultur mit Führungsgrundsätzen erarbeitet. So wird das Konzept der Personalentwicklung schon bei Einstellung der Mitarbeiter mit berücksichtigt.

Auch ist das Zielvereinbarungsgespräch (Gespräch zwischen dem Mitarbeiter und seinem direkten Vorgesetzten) ein wichtiger Bestandteil der Personalentwicklung. Hier hat der Mitarbeiter die Möglichkeit, seine Wünsche z. B. im Rahmen der beruflichen Weiterentwicklung zu äußern und sie in einer gemeinsamen Zielplanung festzuhalten.

#### **2.2.2 Festlegung der Qualifikation**

Die Rehabilitationseinrichtung stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe/Verantwortlichkeiten entsprechen.

Es existiert ein Organigramm, welches vorrangig die Führungsstrukturen darlegt und drei weitere Organigramme, die jeweils den Pflegedienst, Ärztlichen Dienst und den Verwaltungsdienst bis hin zum einzelnen Mitarbeiter operationalisieren. Jeder Mitarbeiter hat eine Stellenbeschreibung, die die Tätigkeitsbeschreibung für den Aufgabenträger und die spezifischen Leistungsanforderungen darstellt. Innerhalb der Stellenbeschreibungen sind die Qualifikationsanforderungen hinterlegt.

### **2.2.3 Fort- und Weiterbildung**

Die Rehabilitationseinrichtung sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung ausgerichtet ist.

Die Planungen der Fortbildung erfolgen in Anlehnung an die strategische Ausrichtung der Klinik, der Abteilungen sowie an den gesetzlichen Bestimmungen.

Ein Jahresplan mit den Veranstaltungen für die systematische Fort- u. Weiterbildung ist erstellt. Pflichtveranstaltungen sind definiert. Fortbildungen werden so geplant, dass möglichst viele Mitarbeiter teilnehmen können. Führungskräfte werden speziell für ihre Funktion geschult.

### **2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung**

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Es existiert eine Regelung bezgl. der Kriterien zur Kostenübernahme und Freistellung zur Fort- u. Weiterbildung der Mitarbeiter. Die innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen gelten als Arbeitszeit und werden für die Mitarbeiter finanziert. Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden finanziert und als Arbeitszeit angerechnet, wenn ein dienstliches Interesse besteht. Je nach Umfang und zeitlicher Dauer der Maßnahme werden mit dem Mitarbeiter individuelle Vereinbarungen getroffen.

### **2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien**

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Die Räumlichkeiten mit entsprechender Tagungstechnik stehen in der Klinik zur Verfügung. Die Medien zur Fort- und Weiterbildungsgestaltung, wie z.B. TV/Video, Moderationsutensilien, Overheadprojektor, Notebook, Beamer, Lautsprecheranlage etc. sind vorhanden. In allen Bereichen der Klinik gibt es Fachzeitschriften. Mitarbeiter der Klinik haben die Möglichkeit des Internetzuganges. Online Datenbanken können genutzt werden.

### **2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten**

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Rehabilitandenversorgung vor.

Eine enge Verzahnung von Theorie und Praxis bereitet die Auszubildenden in den verschiedenen Bereichen auf ihre Berufstätigkeiten vor. In der Pflege stehen für den praktischen Bereich Praxisanleiter und Mentoren zur Verfügung.

Die Koordination der Praxiseinsätze und der Ausbildung wird vom jeweiligen Abteilungsleiter geregelt. Durch die Dozententätigkeit von Mitarbeitern der Klinik an verschiedenen Ausbildungsstätten ist eine enge Zusammenarbeit gewährleistet. Für die Auszubildenden besteht zudem die Möglichkeit, an den hausinternen Fortbildungen teilzunehmen.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung der Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt.

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Es wurden im Rahmen des Führungsworkshops 10 Führungsgrundsätze erarbeitet, die den Umgang der Führungskräfte mit den einzelnen Mitarbeitern regeln. Ein wesentliches Element stellt die Kooperation zwischen Leitungskräften und zugeordneten Mitarbeitern dar. In regelmäßig durchgeführten Zielvereinbarungsgesprächen werden strategische Entscheidungen und Ziele der Klinik jedem Mitarbeiter transparent dargelegt und eine daraus abzuleitende Operationalisierung für die jeweilige Abteilung (Qualitätsziele) initiiert. Jour-fixe-Gespräche werden zusätzlich regelhaft geführt. Das Meinungsmanagement ermöglicht den Mitarbeitern zudem Änderungswünsche oder Kritik einzubringen.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Dienst- und die Einsatzplanung ist für Mitarbeiter gemäß den gesetzlichen Vorgaben geregelt. In allen Bereichen sind die Arbeitszeiten durch Vereinbarungen zwischen der Klinikleitung und dem Betriebsrat geregelt. Zur Arbeitszeitplanung und Erfassung der Soll/Ist Stunden wird in allen Bereichen mit dem Clinic-Planner gearbeitet. Hierbei steht ein Spielraum von +/- 30 Stunden zur Verfügung. Mitarbeiterwünsche werden im Rahmen der Planung berücksichtigt. Neue Arbeitszeitmodelle sind etabliert, das Arbeitszeitgesetz wird eingehalten.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch/effizient auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Für die Bereiche der ABK wurden Einarbeitungsleitfäden erstellt. Qualifizierte Bezugspersonen werden mit der Einarbeitung neuer Mitarbeiter beauftragt. Die vorhandenen Standards und die Leitlinien der jeweiligen Abteilungen und Bereiche unterstützen die Einarbeitung. Die Einarbeitung wird mit dem Probezeitgespräch evaluiert und abgeschlossen.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Die Vorschläge und die Anregungen von Mitarbeitern werden über das Meinungsmanagement erfasst. Die Anregungen/Ideen werden im Meinungsmanagement nach einem vorgegebenen System bearbeitet und die Ergebnisse werden den jeweiligen Mitarbeitern mitgeteilt. Je nach Idee werden Ergebnisse quartalsmäßig veröffentlicht.

Mitarbeiterbefragungen finden statt. Die daraus hervorgehenden Ergebnisse werden präsentiert und Maßnahmen abgeleitet.

Das Beschwerdemanagement ist ebenso wie das Vorschlagswesen in das Meinungsmanagement



integriert.

## **3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung**

### **3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung**

Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet eine sichere Umgebung für die Rehabilitanden.

#### **3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Die gesetzlichen Bestimmungen werden durch den Arbeitssicherheitsausschuss in der Klinik und die externe Fachkraft für Arbeitssicherheit umgesetzt. Ein Sicherheitsbeauftragter für die Pflege, für die übrigen Bereiche und eine Gefahrstoffbeauftragte sind bestellt. Die Arbeitssicherheit wird u. a. durch regelmäßige Begehungen der Bereiche und Auswertung der Unfallstatistiken überprüft. Die Vorsorgeuntersuchungen der Mitarbeiter finden statt.

Durch die jährlichen Pflichtveranstaltungen zum Arbeitsschutz wird sichergestellt, dass Änderungen umgesetzt werden.

#### **3.1.2 Verfahren zum Brandschutz**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Alle Maßnahmen werden in enger Abstimmung mit der örtlichen Feuerwehr sowie der externen Fachkraft für Arbeitssicherheit abgestimmt. Die gesamte Klinik ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Eine Brandmeldeanlage ist installiert. Schulungen zum Brandschutz werden regelmäßig durchgeführt. Zudem wird durch unangemeldet ausgelöste Brandalarmlinien in der Klinik geprüft, ob die in den vorhandenen Alarmplänen enthaltenen Handlungsanweisungen eingehalten werden.

#### **3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Ein Einsatz- und Alarmplan regelt den Umgang mit nichtmedizinischen Notfallsituationen. Die verantwortlichen Mitarbeiter sind geschult und eingewiesen. Bei Störungen der technischen Einrichtungen des Hauses erfolgt umgehend eine Meldung an die Mitarbeiter der Haustechnik. Zudem besteht eine 24 Stunden-Rufbereitschaft der Haustechnik Mitarbeiter.

#### **3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Klinik stellt die Versorgung interner medizinischer Notfälle rund um die Uhr durch ein strukturiertes Notfallmanagement sicher. Das Verfahren ist schriftlich und einheitlich geregelt. Ein hausweiter Rea-

nimationsnotruf ist eingerichtet, alle Mitarbeiter kennen das Verfahren. Die einzelnen Ebenen sind mit Notfallausrüstungen ausgestattet, welche regelmäßig überprüft werden. Schulungen werden regelhaft für Mitarbeiter aller Bereiche als Pflichtveranstaltung durchgeführt.

### **3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit**

Für den Rehabilitanden wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

In der ABK werden die gesetzlichen Sicherheitsanforderungen berücksichtigt, darüber hinaus erfolgen regelmäßig Begehungen aller Gebäudeteile. Die pflegerischen, therapeutischen und diagnostischen Behandlungen der Rehabilitanden finden stets unter Aufsicht von Fachpersonal statt. Bei Anzeichen von Fremd- und/oder Eigengefährdung erfolgt eine fachärztliche Beurteilung durch den Psychiater der Klinik. Eine Vielzahl an Maßnahmen erhöht die Rehabilitandensicherheit, wie z.B. medizinische Prophylaxen. Des Weiteren erfolgt bei den Rehabilitanden eine Risikoeinschätzung, um das individuelle Gefahrenpotential (z.B. Sturzrisiko, Dekubitusrisiko) einzuschätzen. Schulungen zum Umgang mit Fixierungen wurden durchgeführt.

## **3.2 Hygiene**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein systematisches, einrichtungswertes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

### **3.2.1 Organisation der Hygiene**

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen einrichtungswert geregelt.

Der Chefarzt ist für die Einhaltung der Hygiene verantwortlich. Er wird durch eine hygienebeauftragte Pflegekraft, durch den hygienebeauftragten Arzt sowie eine externe Hygienikerin und eine externe Hygienefachkraft unterstützt.

Die Hygienekommission tagt regelhaft. In diesen Sitzungen werden aktuelle Probleme und statistische Ergebnisse bearbeitet sowie verbindliche Regelungen werden getroffen.

Hygienische Regelungen liegen auf den Stationen als auch in der elektronischen Dokumentenlenkung in schriftlicher Form vor und sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Regelungen werden regelmäßig revidiert. Es finden Pflichtschulungen zum Thema Hygiene statt.

### **3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten**

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden einrichtungswert hygienerrelevante Daten erfasst.

Die Erfassung von Infektionen sowie meldepflichtiger Erkrankungen und Erreger ist fest etabliert. Durch ein Hygieneinstitut werden Analysen zur Resistenzentwicklung und Keimhäufigkeit durchgeführt. Die ermittelten Daten werden ausgewertet und mit anderen Einrichtungen verglichen.

Die Evaluation der Daten erfolgt in der Hygienekommission; die erforderlichen Konsequenzen werden umgesetzt. Die ABK ist Mitglied im MRSA (MRE)-Netzwerk Östliches Holstein.

### **3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen**

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

In Anlehnung an den hausinternen Hygieneplan und die Standards erfolgt eine strukturierte Planung und Durchführung von hygiesichernden Maßnahmen.

In Hygieneplänen und -standards ist festgelegt, wie mit Rehabilitanden umzugehen ist, die mit bestimmten Infektionserregern besiedelt oder erkrankt sind. In Desinfektionsplänen ist die fortlaufende Desinfektion und Reinigung festgelegt. Die Mitarbeiter werden systematisch zu Hygienethemen geschult.

### **3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien**

Hygienerichtlinien werden einrichtungsweit eingehalten.

Für alle relevanten Bereiche sind verbindliche Hygienerichtlinien sowie Standards definiert und mit den entsprechenden Empfehlungen vom Robert-Koch-Institut als auch durch die Beschlüsse der Hygienekommission abgestimmt. Eine Überprüfung wird regelhaft durchgeführt. Umgebungsuntersuchungen und systematische Schulungen sind realisiert. Die Maßnahmen aus den Protokollen zur Hygiene werden in den jeweiligen Bereichen umgesetzt. Das HACCP-Konzept wird in der Klinikküche umgesetzt.

## **3.3 Bereitstellung von Materialien**

Von der Rehabilitationseinrichtung werden die für die Rehabilitandenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

### **3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Ein Versorgungsvertrag zwischen der Lieferantenapotheke und der Klinik regelt die Arzneimittelbeschaffung und -bereitstellung. Die Bereitstellung der Blut und Blutprodukte ist in der "Anweisung für die Durchführung von Bluttransfusionen" für die Klinik geregelt. Für die Beschaffung von Medizinprodukten gibt es klare ablauforganisatorische Regelungen. Die Beschaffung des medizinischen Sachbedarfs erfolgt über einen externen Anbieter. Bei Neuanschaffungen werden die Beschäftigten mit einbezogen.

### **3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregelter Verfahren zur Bereitstellung und Anwendung von Arzneimitteln.

Arzneimittel werden ausschließlich von Ärzten in konkreter Weise angeordnet. Anweisungen regeln die Gabe von Betäubungsmitteln und Zytostatika sowie die Durchführung von Injektionen/ Infusionen und deren sachgemäße Entsorgung. In regelmäßigen Sitzungen evaluiert die Arzneimittelkommission die Arzneimittelanwendung und die Arzneimittelliste des Hauses.

Die Apotheke überprüft in regelmäßigen Stationsbegehungen z.B. Verfallsdatum, korrekte Lagerung sowie die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

### **3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung und Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Der Umgang mit Blut und Blutprodukten ist in einer Transfusionsordnung deren mitgeltenden Dokumenten geregelt. Alle Details von der Beschaffung bis zur Dokumentation sind beschrieben und werden umgesetzt. Die Transfusionsverantwortliche ist eine Fachärztin für Laboratoriumsmedizin/ Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. Transfusionsbeauftragte unterweisen neue Mitarbeiter. Der Verbrauch und der Verfall werden fortlaufend dokumentiert und Transfusionszwischenfälle lückenlos erfasst.

### **3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Das Medizinprodukte-Gesetz und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung sind durchgehend umgesetzt. Der Umgang mit den technischen Medizinprodukten ist über die Gerätewarte organisiert. Eine Liste der Gerätewarte liegt vor, ebenso der Tätigkeitskatalog für den Gerätewart. Gerätebeauftragte Personen sind benannt; die Einweisungen werden in Einweisungslisten dokumentiert. Gerätebücher und Bedienungsanleitungen liegen durchgehend vor.

### **3.3.5 Regelung des Umweltschutzes**

In der Rehabilitationseinrichtung existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Ein Grundsatz der Klinik lautet Abfallvermeidung! Der Einsatz ökologisch unbedenklicher Produkte wird gewährleistet, indem Produkte vor einer Einführung getestet werden und die Fachkräfte im Haus, z. B. Hygiene, Technik und Pflege hierzu befragt werden. Beim Einkauf von Produkten/Geräten wird darauf geachtet, dass nur ökologisch überprüfte Produkte eingesetzt werden. Für jedes dieser Produkte ist ein Datenblatt vorhanden, das für alle Mitarbeiter einsehbar ist. Ein Wasser- und Energiesparkonzept wird umgesetzt, ebenso ein Abfallwirtschaftskonzept.

## **4 Informationswesen**

### **4.1 Umgang mit Rehabilitandendaten**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten sicherstellt.

#### **4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Rehabilitandendaten**

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Rehabilitandendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Es existiert eine einheitliche, hausinterne Dokumentation, die berufsübergreifend genutzt wird. Es ist verbindlich geregelt, wie mit Rehabilitandendaten umzugehen ist (Führung, Verbleib, Aufbewahrung, Anforderung, Weitergabe). Die Rehabilitandenstammdaten werden erfasst und mit einer eindeutigen Aufnahmeummer versehen. Die Rehabilitandendokumentation umfasst u.a. Anordnungen, Therapieziele und -verläufe, Pflegeprozesse, Befunde und Berichte.

#### **4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten**

Von der Rehabilitationseinrichtung wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Rehabilitandendaten gewährleistet.

Standardisierte Dokumente, Leistungspakete in den Therapien und Vordrucke mit den möglichen Leistungen in der Pflege unterstützen den Prozess der Dokumentation der Rehabilitandendaten hinsichtlich der Vollständigkeit. Eine Handzeichenliste ist ebenfalls hinterlegt. In den ärztlichen und pflegerischen Visiten wird die Dokumentation auf Korrektheit, Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit überprüft.

#### **4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Rehabilitandendokumentation zu gewährleisten.

Die AUGUST-BIER-KLINIK arbeitet mit einem Krankenhausinformationssystem, welches für jeden Rehabilitationsaufenthalt eine laufende Rehabilitandenaufnahmenummer vergibt. Die digital archivierten Rehabilitandendaten sind jederzeit aufrufbar. Im Archiv sind zudem die alten Akten der Rehabilitanden gelagert. Die Zugriffsberechtigungen für die EDV und das Archiv sind geregelt.

### **4.2 Informationsweiterleitung**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung der Informationen gewährleistet.

#### **4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Einrichtungsbereichen.

Die Verfahrensrichtlinie "Besprechungen" gibt über die regelmäßig stattfindenden Besprechungen Auskunft. Diese Auskunft bezieht sich auf die Teilnehmer, die Dauer und ob ein Protokoll angefertigt wird. Es gibt interdisziplinäre, hierarchie- u. berufsgruppenübergreifende Besprechungen. Die Informationsweitergabe an weiterbehandelnde Bereiche wird durch Verlegungsberichte bzw. Überleitungsberichte geregelt.

Neben dem öffentlichen Netzlaufwerk, dem Krankenhausinformationssystem, Rundschreiben, Aushängen und Sitzungsprotokollen, Rehabilitandenakten werden berufsgruppenübergreifende Informationen via E-Mail weitergegeben.

#### **4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen**

Zentrale Auskunftsstellen in der Rehabilitationseinrichtung werden mit Hilfe einer geordneten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Auskunftsstelle ist die "Aufnahme und Information" in der Eingangshalle. Qualifizierte Mitarbeiter geben in der Zeit zwischen 07:30 - 18:00 Uhr Auskunft. Zwischen 18.00 und 07:30 Uhr sowie an den Wochenenden werden per Hinweisschild und Telefonweiterleitung alle Anfragen auf die Station E weitergeleitet. Mit Hilfe des Krankenhausinformationssystems und der zentralen Telefonliste sind alle weiteren wichtigen Informationen jederzeit verfügbar. Die Auskunft gebenden Unterlagen werden kontinuierlich aktualisiert. Es finden regelmäßig Schulungen zum Thema Kundenorientierung statt.

#### **4.2.3 Information der Öffentlichkeit**

Die Rehabilitationseinrichtung informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Die Öffentlichkeitsarbeit obliegt dem Chefarzt in Zusammenarbeit mit einer hierfür zuständigen Mitarbeiterin. Informationen an die Öffentlichkeit erfolgen primär über regionale Zeitungen. Die Artikel in der Presse werden in einem Insertionsplan aufgeführt, um die jährlichen Aktivitäten im Überblick zu haben. Weitere Aktivitäten/Instrumente wie z.B. Flyer, Leitbild, Veranstaltungen, Schulungen, Angehörigenseminare und Vorträge tragen zur Information der Öffentlichkeit bei. Zudem wird die Homepage ([www.august-bier-klinik.de](http://www.august-bier-klinik.de)) regelmäßig aktualisiert.

#### **4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes**

Daten und Informationen, insbesondere von Rehabilitanden, werden in der Rehabilitationseinrichtung durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Es existieren Regelungen zum Datenschutz, zum einen auf der Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes, zum anderen durch Datenschutzrichtlinien des Landes. Ein externer Datenschutzbeauftragter findet Einsatz. Ihm obliegt die Schulung der Mitarbeiter/-innen in Datenschutzfragen und die Kontrolle der Einhaltung des Datenschutzes durch regelmäßige Begehungen. Ein Zugangsberechtigungskonzept mit Rechtevergabe ist hinterlegt.

## 4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

Im Rahmen der Rehabilitandenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Konzepte für die Datensicherung, das Internet und die Nutzung des Internets und E-Mail sind vorhanden. Die EDV-Mitarbeiter sind über ein Handy zu erreichen. Kleinere EDV-Probleme werden direkt am Telefon gelöst. Es steht außerdem ein internes Emailsysteem, an dem alle Bereiche der Klinik angebunden sind, zur Meldung von EDV-Problemen zur Verfügung. Des Weiteren finden regelmäßige Schulungen zu den jeweiligen EDV - Programmen statt. Ein Rahmen/Planungskonzept zur EDV befindet sich in Arbeit.



## **5 Führung der Rehabilitationseinrichtung**

### **5.1 Entwicklung eines Leitbildes**

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

#### **5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes**

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Das zentrale Leitbild wurde in Qualitätszirkeln berufsgruppen- und bereichsübergreifend entwickelt und überarbeitet. Alle Beschäftigten erhielten jeweils die überarbeiteten Leitbilder. Das Leitbild wird durch die Führungsgrundsätze ergänzt, die von der Klinikleitung im Rahmen eines Projektes erarbeitet wurden. In den Zielvereinbarungsgesprächen wird das leitbildkonforme Verhalten der Beschäftigten reflektiert. Das Leitbild hängt im Foyer, in den Büros und in den Fluren aus. Es ist darüber hinaus auf der Homepage veröffentlicht. In den Einarbeitungsleitfäden ist die Erläuterung des Leitbildes integriert.

### **5.2 Zielplanung**

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt eine Zielplanung und steuert deren Umsetzung.

#### **5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung**

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese zur Steuerung ihrer Handlungen.

Die Klinik ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Die Satzung der Stiftung beschreibt den Stiftungszweck und die Ziele der Klinik. Jährlich wird ein Strategieworkshop mit der Klinikleitung durchgeführt. Die Ergebnisse des Strategiewshops fließen über den Stellenplan und Investitionsplan in Rückkoppelung mit den Abteilungsleitern der Klinik in den Wirtschaftsplan ein. Die Umsetzung der operativen Ziele wird mindestens monatlich überprüft. In Mitarbeiterversammlungen und Zielvereinbarungsgesprächen werden die Strategieziele sowie neue große Projekte vorgestellt. Die Strategieziele werden seitens der Abteilungsleitungen in Qualitätsziele operationalisiert und mit der Klinikleitung abgestimmt. Die Auswertung der Zielplanung findet jährlich für alle einsehbar statt.

#### **5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse**

Einrichtungsprozesse und Organisationsstruktur der Rehabilitationseinrichtung sind festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die Zuständigkeiten des Vorstandes und der Klinikleitung sind in einer Geschäftsordnung eindeutig geregelt. Die Zuständigkeiten innerhalb der Klinik sind durch ein Organigramm mit Nennung der jeweiligen Leitungsperson und ggf. Vertreter ebenfalls klar geregelt. Das Organigramm ist im DMS (Nexus Curator) für alle Mitarbeiter zugänglich. Neue Mitarbeiter werden über die Organisationsstruktur während der Einarbeitung informiert. Das Organigramm wird einmal pro Jahr von der Klinikleitung überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. Ein Einrichtungskonzept ist vorhanden.

### **5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes**

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Die Finanz- und Investitionsplanung der Einrichtung wird durch folgende Jahrespläne durchgeführt: Stellenplan, Investitionsplan und Wirtschaftsplan. Diese Pläne werden nach Rückkoppelung mit den entsprechenden Abteilungen dem Vorstand zur Abstimmung und zur Genehmigung vorgelegt. Nach der Genehmigung der Mittel durch den Vorstand werden die Pläne umgesetzt. Die Zielerreichung des Finanz- und Investitionsplanes wird monatlich über ein Kosten- und Erlöscontrolling überprüft.

## **5.3 Sicherstellung einer effizienten Einrichtungsführung**

Die Rehabilitationseinrichtung wird mit dem Ziel der Sicherstellung der Rehabilitandenversorgung effizient geführt.

### **5.3.1 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

In einer Verfahrensrichtlinie sind die Besprechungen aller Gremien und Kommissionen mit allen Leitungsfunktionen aufgelistet, die in der Klinik stattfinden. Von der Klinikleitung sind die jeweiligen Aufgabengebiete festgelegt. Die Protokolle der Kommissionen und Gremien gehen der Klinikleitung zu. Durch die enge Zusammenarbeit von Klinikleitung und Gremien gibt es im Haus eine hohe Informationssicherheit. Über diesen Weg erfolgen die Koordination der Maßnahmen und die Überprüfung ihrer Effektivität. Geschäftsordnungen der einzelnen Kommissionen sind vorhanden.

### **5.3.2 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung**

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die höchste Entscheidungsinstanz ist der Vorstand. Für ihn existiert eine Geschäftsordnung, die die Zusammenarbeit mit der Klinikleitung regelt. Die Aufgaben / Kompetenzen des Chefarztes, der Pflegedienstleitung sowie der Verwaltungsleitung sind in der Geschäftsordnung festgelegt. Eine Konkretisierung der Aufgaben ist in den entsprechenden Stellenbeschreibungen zu finden.

Die wöchentlichen Sitzungen der Klinikleitung (schriftliche Einladung, Protokoll) sichern die effektive Führung. Nachgeordnete Führungskräfte werden über die Entscheidungen und Maßnahmen persönlich oder in Besprechungen bzw. über Rundschreiben-/mail informiert.

### **5.3.3 Information der Einrichtungsführung**

Die Einrichtungsführung informiert sich regelmäßig über die Entwicklungen und Vorgänge in der Rehabilitationseinrichtung und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Der Vorstand und die Klinikleitung erhalten monatlich einen Monatsabschluss der Klinik mit allen er-

forderlichen Zahlen und Fakten. Die Klinikleitung erhält zudem monatlich alle notwendigen Erlös- und Kostencontrolling-Berichte für die jeweiligen in dem Verantwortungsbereich liegenden Abteilungen. Alle relevanten Abweichungen sowie Schadensfälle werden gemeldet und ausgewertet. Ein regelmä

### **5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen**

Die Einrichtungsführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Der Teamgedanke um das Wohl des Rehabilitanden als Mittel- und Ausgangspunkt des Handelns bildet sich durch alle Ebenen ab. Die Gesundheit und die Motivation aller Mitarbeiter wird gefördert. Konkretisiert wird dieses durch Maßnahmen wie die Veranstaltung von Betriebsausflügen, Jahresfeiern, Angebot der Supervision, Gemeinschaftsveranstaltungen, persönliche Gespräche, Zielvereinbarungsgespräche, Betriebssport sowie das Meinungsmanagement. Zwischen der Klinikleitung und dem Betriebsrat findet ein regelmäßiger Informationsaustausch statt.

## **5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben**

Rechte und Ansprüche von Rehabilitanden, Angehörigen und Bezugspersonen werden einrichtungsweit respektiert und berücksichtigt.

### **5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

In der Rehabilitationseinrichtung werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Die ethischen Problemstellungen werden in der Behandlung, in der ärztlichen und der pflegerischen Visite bei Vorliegen/Wahrnehmung thematisiert. Zudem werden sie in der interdisziplinären Teambesprechung sowie in der täglichen Frühbesprechung der Ärzte erörtert. Dem Rehabilitanden stehen weiterhin eine Klinikseelsorgerin, der Sozialdienst sowie die Neuropsychologische/ Psychologische Abteilung für Gespräche zur Verfügung. An der Informationstafel auf den Stationen, im Eingangsbereich und in der Aufnahme liegen Flyer zum Thema Seelsorge aus.

### **5.4.2 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden**

In der Rehabilitationseinrichtung werden Bedürfnisse sterbender Rehabilitanden und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Die Betreuung sterbender Rehabilitanden und deren Angehörige besitzt besondere Priorität. Befindet sich ein Rehabilitand in der Sterbephase, so wird im Team über Schaffung von Freiräumen hinsichtlich einer bestmöglichen Begleitung besprochen. Wenn erforderlich werden die Psychologen, die Seelsorgerin, die fortgebildeten Pflegekräfte, z.B. in der Thematik "Schmerzmanagement" hinzugezogen. Zur Anwendung kommen u.a. die Techniken der Basalen Stimulation und der Aromatherapie. Die Integration der Angehörigen sowie Rückzugsmöglichkeiten für die Angehörigen werden organisiert.

### **5.4.3 Umgang mit Verstorbenen**

In der Rehabilitationseinrichtung gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Die verstorbenen Rehabilitanden werden unter Beachtung ihrer Würde und nach den von ihnen vorab

gewünschten Ritualen versorgt. Auf die Wünsche der Angehörigen wird eingegangen (z.B. Benachrichtigung eines Beerdigungsinstituts). In Einzelzimmern und/oder in einem dafür gestalteten Raum wird eine besondere Atmosphäre zur Verabschiedung geschaffen. So können die Angehörigen in Ruhe, auf Wunsch auch in Begleitung ungestört Abschied nehmen.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Einrichtungsführung stellt sicher, dass alle Einrichtungsbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

#### 6.1.1 Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement

Die Einrichtungsführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Es existiert ein Konzept "Qualitätsmanagement", in dem die Aufbau- und Ablauforganisation dargelegt wird. Eine hauptamtliche Stelle für eine Qualitätsmanagementbeauftragte wurde eingerichtet und der Klinikleitung direkt zugeordnet. Ein QMS wurde entwickelt. Die QM-Dokumente werden mit Hilfe eines Dokumentenmanagementsystems zur Verfügung gestellt. Die Revisionierung erfolgt elektronisch mittels eines Freigabeworkflows. Lenkungsausschuss, Projektgruppen und Qualitätszirkel sind implementiert. Die Klinik ist seit 2008 nach im Reha - Bereich zertifiziert.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Die Qualitätsziele der Klinik orientieren sich am Leitbild, dem Qualitätsmanagement, den Strategiezielen und externen Anforderungen. In den Zielvereinbarungsgesprächen und in den jährlich stattfindenden Strategieggesprächen findet eine Evaluation der Zielebenen statt. Schwerpunkte sind dabei die Rehabilitandenversorgung sowie die Optimierung der Arbeitsabläufe und die Mitarbeiterorientierung. Die Qualitätsziele werden jährlich evaluiert.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

In der Klinik wird Qualitätsmanagement als Philosophie gelebt. Das Qualitätsmanagementsystem der Klinik beinhaltet ein organisiertes Prozessmanagement. Ein Lenkungsausschuss berät über die Ergebnisse der Qualitätszirkel und entscheidet über den Grad der Umsetzung. Der PLAN - DO - CHECK - ACT - Zyklus ist hinsichtlich der Gestaltung von Verfahrensrichtlinien festgeschrieben. Es werden Schulungen mit der Thematik Qualitätsmanagement angeboten.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

In der Rehabilitationseinrichtung werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Um die Qualität zu sichern, werden u.a. folgende Instrumente eingesetzt: Rehabilitanden-/Mitarbeiterbefragung, Audits, Meinungsmanagement, Visiten, Kennzahlen, Zielvorgaben und die QM-Dokumentation. Feste Bestandteile der internen Qualitätssicherung sind: Hygienekommission, Arzneimittelkommission, Transfusionskommission und weitere Gremien. Teile der internen Qualitätssicherung werden über die Beauftragten der unterschiedlichen Schwerpunkte systematisch umgesetzt (z.B. Transfusionsverantwortlicher, Fachkraft für Arbeitssicherheit).

## 6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

### 6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Die Klinik beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen. In wichtigen Bereichen der Rehabilitanden- und Mitarbeiterorientierung, Hygiene, Sicherheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit werden Daten systematisch erhoben und ausgewertet. Bei den Verfahren wird darauf geachtet, dass diese Daten neben den gesetzlichen Anforderungen Rückschlüsse auf medizinische Ergebnisqualität und Rehabilitanden-/Mitarbeiterzufriedenheit ermöglichen.

### 6.3.2 Nutzung von Befragungen

Regelmäßig durchgeführte Rehabilitanden- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Rehabilitanden- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Rehabilitandenversorgung genutzt.

Die quantitative kontinuierliche Rehabilitandenbefragung wird seit 1996 durchgeführt, eine qualitative seit 2009, die QS-Reha-Befragung wurde erstmalig 2012/13 vollzogen. Ebenso werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Aus den Ergebnissen der Befragungen wurden Maßnahmen abgeleitet, wie z.B. Einrichtung einer Verleih- und Vorlesemöglichkeit von Büchern oder Änderungen von Prozessabläufen wie zusätzliche Informationsmails. Die Befragungsergebnisse werden intern veröffentlicht.

### 6.3.3 Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden

Die Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt Rehabilitandenwünsche und -beschwerden.

Das Beschwerdemanagement ist in das Meinungsmanagement integriert, das im Rahmen eines interdisziplinären Qualitätszirkels in einer Verfahrensrichtlinie und einem Meinungsdruck fixiert wurde. Das Meinungsmanagement ist als ein zweistufiges System organisiert. Ein Meinungsausschuss bereitet regelmäßig die ausgewerteten Anregungen und Beschwerden auf und berichtet der Klinikleitung. Diese entscheidet über Maßnahmen, die veröffentlicht werden. Die festgelegten Kategorien der Aufbereitung ermöglichen einen Überblick über auftretende Schwerpunkte.